

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

265

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marcel JAMET

Né le 7 Septembre 1909, à ANNONAY (Ardèche)

**Contribution à l'étude
des tumeurs bénignes pendulaires
de l'amygdale**

Président : M. LOEPER, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marcel JAMET

Né le 7 Septembre 1909, à ANNONAY (Ardèche)

Contribution à l'étude
des tumeurs bénignes pendulaires
de l'amygdale

Président : M. LOEPER, professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — Professeurs

Anatomie	
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie médicale	
Bactériologie	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Pathologie médicale et générale	
Pathologie médicale	
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Pharmacologie et matière médicale	
Thérapeutique	
Hygiène et médecine préventive	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Pathologie expérimentale et comparée	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Clinique de neuro-chirurgie	
Clinique cardiologie	
Assistance médico-sociale	

Professeurs sans chaire

MM.	
ROUVIERE.	
Léon BINET.	
STROHL.	
POLONOVSKI.	
Robert DEBRE.	
BRUMPT.	
BAUDOUIN.	
ABRAMI.	
MONDOR.	
LEROUX.	
CHAMPY.	
TIFFENEAU	
HARVIER.	
TANON.	
BALTHAZARD	
LAIGNEL-	
LAVASTINE	
FIESSINGER.	
CHIRAY.	
LOEPER.	
CARNOT.	
Marcel LABBE	
CLERC.	
LEREBoullet	
NOBECOURT	
H. CLAUDE.	
GOUGEROT.	
GUILLAIN.	
LEMIERRE.	
CUNEO.	
GOSSET.	
GREGOIRE.	
LENORMANT	
TERRIEN.	
CHEVASSU.	
LEVY-SOLAL.	
COUVELAIRE.	
JEANNIN.	
MOCQUOT.	
OMBREDANNE	
RATHERY.	
LEMAITRE.	
Pierre DUVAL	
VILLARET.	
TROISIER	
MATHIEU.	
Clovis VINCENT.	
LAUBRY.	
N...	
HAZARD.	
HOVELACQUE	
MULON.	
OLIVIER.	
SANNIE.	
VERNE.	



II. — Agrégés en exercice

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
FENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et.	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.).	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique
FUNCK-	
BENTANO	Pathologie chirurgicale.
FEY	Urologie.
GAILLARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.

MM.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgicale
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.) .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale
 NEVEU-
 LEMAIRE.. Parasitologie.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.. }
 AUBERTIN }
 BRULE }
 CPABROL }
 DONZELOT ... }
 DUVOIR } Clinique médicale
 LIAN }
 PASTEUR- VAL }
 LERY-RADOT.. }
 SEZARY }

MM.
 BASSET }
 BROCC }
 CADENAT }
 GATELLIER ... } Clinique chirurgicale
 MOURE }
 QUENU }
 VELTER }
 ECALLE }
 METZGER }

V. — Chargés de cours

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique
 RUPPE Stomatologie.
 WEILL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA FEMME

A qui il m'est cher d'exprimer ici
toute ma tendresse et mon admiration.

A MES ENFANTS

JEAN-CLAUDE et ANNE-MARIE

A MES PARENTS

En témoignage de mes sentiments
reconnaissants et affectueux.

A MES BEAUX-PARENTS

En hommage affectueux.

A MES FRERES ET SŒURS

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE JAMET
ET A MES GRANDS-PARENTS RAYMOND

A MON ONCLE, Monsieur J.-O.-S. RAYMOND
Chevalier de la Légion d'honneur

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin des Hôpitaux

Commandeur de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LEROUX

Laryngologiste de l'Hôpital Ambroise-Paré

A qui je suis profondément reconnaissant de la sympathie qu'il m'a toujours témoignée et de l'aide précieuse qu'il n'a cessé de m'apporter dans ce travail.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CAILLIAU

Professeur d'Anatomie pathologique à l'Ecole de Médecine de Rouen

En remerciement de sa précieuse collaboration technique.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUBRY.

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALAJOUANINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHEVASSU.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE.

MONSIEUR LE DOCTEUR CESARI.

MONSIEUR LE DOCTEUR LEVANT.

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUILLIERE.

MONSIEUR LE DOCTEUR SOUPAULT.

MONSIEUR LE DOCTEUR GORNOUEC.

MONSIEUR LE DOCTEUR HOUZEAU.

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHET.

MONSIEUR LE DOCTEUR LOISEAU.

A MES AMIS D'ETUDES

LES DOCTEURS : VICTOR BROCHARD, VILLAIN,
ARTISSON, VALLES, LOUIS BROCHARD.

Contribution à l'étude des tumeurs bénignes pendulaires de l'amygdale

I. — INTRODUCTION

Il est un chapitre de la pathologie pharyngée qui dans les manuels d'Oto-Rhino-Laryngologie, ne présente qu'un volume très restreint, c'est celui des tumeurs bénignes de l'amygdale.

Le précis classique de G. LAURENS, M. AUBRY, A. LEMARIEY (Masson et Cie, Editeurs, Paris, *Collection de Précis médicaux*), par exemple, énumère en quelques lignes les différents types de tumeurs bénignes que l'on trouve à ce niveau et passe rapidement au chapitre plus important des tumeurs malignes.

Les tumeurs bénignes que l'on rencontre au niveau du pharynx buccal sont beaucoup moins fréquentes que les tumeurs malignes. Elles n'engendrent pas les mêmes désordres, les mêmes complications. Elles n'ont évidemment pas le même pronostic. Elles ont moins sujet de faire parler d'elles.

L'existence d'angiomes, de papillomes, analogues aux tumeurs de même ordre développées au niveau du voile du palais est depuis longtemps reconnue.

Les polypes de l'amygdale palatine ont été étudiés

et décrits par LEJARS et LEMARIEY qui distinguent un type lymphoïde, reproduisant l'élément amygdalien simplement hyperplasié et un type fibreux résultat d'une sclérose chronique ou d'une hyperplasie primitive du tissu de soutien. Le caractère fréquemment vasculaire de ces polypes leur donne un aspect pseudo-angiomateux.

Les lipomes pédiculés de l'amygdale, les kystes hydatiques, certaines tumeurs pseudo-amygdaliennes développées aux dépens du prolongement pharyngien de la parotide, les kystes congénitaux au niveau de l'amygdale ou du recessus sus-amygdalien et développés aux dépens de débris branchiaux, sont une rareté.

Le caractère des tumeurs bénignes du pharynx est leur grande tendance à se pédiculiser en raison des mouvements incessants de la déglutition. Le traitement de toutes ces tumeurs pédiculées comporte leur ablation à l'anse.

Les tumeurs pédiculées de l'amygdale ont été envisagées surtout dans les rapports qu'elles peuvent avoir avec la présence ou la formation d'inclusions cartilagineuses ou osseuses dans l'amygdale à laquelle elles sont appendues.

Nous avons à présenter le cas d'un malade porteur d'une tumeur bénigne pédiculée pendulaire de l'amygdale palatine, sans inclusion cartilagineuse, ni osseuse.

II. — DEFINITION

Il y a lieu de faire une distinction entre ce que l'on désigne classiquement sous le nom de tumeurs pédiculées de l'amygdale palatine et l'objet de cette étude à quoi nous appliquerions plus exactement les termes de tumeurs pédiculées pendulaires de l'amygdale palatine.

a) AMYGDALES PÉDICULÉES. — Ce sont des tumeurs non enchâtonnées dans la loge amygdalienne et qui tendent à sortir de cette loge. Ces tumeurs sont en somme juxta-amygdaliennes : elles font corps avec l'amygdale. Elles sont rattachées à l'amygdale par un pédicule généralement assez court et assez épais. Ce pédicule plutôt trappu et fort supporte la néo-formation sans être trop apparemment étiré ou distendu par son poids. La tumeur est évidemment mobile mais de manière assez modérée.

b) TUMEURS PÉDICULÉES PENDULAIRES. — Il s'agit dans ce cas de néoformations très nettement appendues à l'amygdale par un pédicule long, souple, mince. Elles sont toujours tombantes, elles ballottent dans le pharynx. Elles sont d'une mobilité extrême, pouvant même être déplacées par des efforts de toux

ou de vomissements et venir se placer temporairement vers le naso-pharynx ou à la partie postérieure de la cavité buccale.

Ce qui les caractérise, c'est la flexibilité de leur pédicule, et le terme de « pendulaire » tend à mettre en valeur ce caractère.

Nous avons insisté sur cette définition pour qu'il n'y ait pas de malentendu possible au sujet du cas que nous avons à exposer. En effet, les auteurs classiques appellent « tumeurs pédiculées de l'amygdale » les manifestations qui se présentent sous l'aspect décrit plus haut (paragraphe *a*), et pourtant nous avons trouvé un cas analogue au nôtre rangé sous ce titre.

III. — OBSERVATION

Observation d'une tumeur pendulaire de l'amygdale

(Hôpital F. M. Bobigny, Service du Dr LEROUX)

« Il s'agit d'un individu natif de l'Afrique du Nord,
« âgé d'environ 35 ans, en France depuis à peu près
« 5 à 6 ans, manœuvre, qui se présente à la consulta-
« tion parce qu'il se plaint d'une sensation de corps
« étranger dans la gorge, qui a débuté il y a un an.

« Parmi ses antécédents, on ne trouve aucune cau-
« se d'irritation locale : pas d'angines, pas de toux,
« pas de tuberculose pulmonaire.

« Dès l'ouverture de la bouche on aperçoit immé-
« diatement appendue au pôle inférieur de l'amyg-
« dale droite, descendant dans le pharynx, mesurant
« environ 4 cm. de longueur, 3 cm. de largeur et
« d'épaisseur, soulevée et agitée par la phonation.
« une tumeur ressemblant dans son aspect, sa forme,
« sa coloration, sa consistance apparente, son volu-
« me approximatif, à une grosse amygdale. Inspec-
« tée, palpée, fouillée, cette tumeur ressemblait à un
« fruit facile à examiner appendu à la base de l'amyg-

« dale par un pédicule souple long de 1 cm. et lar-
« ge de 1/2 cm. environ. Pas d'adénopathie.

« Cette tumeur fut enlevée au serre-nœud, sous
« anesthésie locale par infiltration de novocaïne à
« 1 pour 100 et envoyée au Laboratoire aux fins
« d'analyse...

IV. — ETUDE CLINIQUE

Les tumeurs pédiculées pendulaires de l'amygdale à structure lympho-fibromateuse se présentent cliniquement sous les aspects suivants :

1° D'après notre observation

A. — Age.

Il s'agissait d'un adulte, natif de l'Afrique du Nord, âgé d'environ trente ans.

B. — Siège.

Le malade présentait une tumeur pédiculée pendulaire unilatérale implantée à la base de l'amygdale droite d'où elle pendait par un long pédicule. Nous en donnons plus loin les caractéristiques anatomopathologiques.

C. — Fréquence.

Nous avons pu relever dans les différents ouvrages ou revues mis à notre disposition, la publication d'une vingtaine de cas analogues au nôtre. Ces tumeurs sont en réalité plus fréquentes car évidem

ment tous les cas rencontrés n'ont pas fait l'objet de publications.

D. — Signes fonctionnels.

Notre malade se présentait pour une gêne à la déglutition qui était allée s'accroissant depuis un temps imprécis (environ quelques mois).

Il accusait en même temps une gêne à la respiration de plus en plus apparente surtout pendant les périodes de fatigue ou d'effort musculaire et qui amenait facilement de l'essoufflement. Il y avait aussi des troubles de la phonation pour la voix chantée et même pour la voix parlée.

Le malade se plaignait d'une sensation de corps étranger dans la gorge.

Ces symptômes étaient apparus insidieusement, puis s'étaient affirmés progressivement et avaient enfin déterminé le malade à une consultation.

On ne notait ni fièvre, ni engorgement ganglionnaire; pas d'angines particulièrement fréquentes dans les antécédents. Enfin aucun autre symptôme d'ordre local, régional ou général.

Notre malade en somme présentait un maximum de symptomatologie, ce qui est expliqué par le fait que la tumeur dont il était porteur était assez volumineuse et que la symptomatologie est en rapport direct avec cette importance.

E. — Examen.

L'examen du pharynx nous a montré que :

La tumeur était visible directement à l'œil du fait de l'abaissement de la langue avec un abaisse-langue.

On la voyait appendue par un long pédicule à l'amygdale droite, descendant dans l'hypopharynx. Sa mobilité apparaissait sous l'action des courants inspiratoire et expiratoire. Elle était soulevée et agitée par la phonation.

Sa coloration était celle de la muqueuse du pharynx, rose pâle, sans particularités, son aspect lisse, sa consistance apparente et son volume étaient approximativement ceux d'une grosse amygdale.

La tonsille ayant donné naissance à cette néoformation apparaissait inchangée dans sa coloration, sa situation, son aspect (sauf pour ce qui touche à l'implantation du pédicule). Celle du côté opposé était normale.

F. — Evolution.

Le début de cette affection est resté ignoré. La tumeur avait évolué progressivement et le porteur est venu demander qu'on y mette un terme lorsque la gêne est devenue trop évidente.

Nous avons pu opérer ainsi cette tumeur, du poids de 10 gr., d'une longueur de 4 cm., largeur 3 cm., épaisseur 2 cm.

2° Parmi les observations antérieures, nous pouvons signaler celle de A. Logan-Türner.

A. — Age.

L'âge n'est pas précisé. Il s'agissait d'un individu qui fut admis au 82^e Hôpital Général de Constantinople, ce qui peut faire supposer qu'il s'agissait d'un adulte ou d'un adolescent.

B. — Siège.

Les deux amygdales du sujet furent enlevées avec l'appareil de Sluder. Elles étaient toutes deux hypertrophiées et du côté gauche un processus semblable à un doigt apparaissait attaché au niveau de la partie postérieure du pôle inférieur, qui pendait librement et plongeait dans l'hypopharynx. L'amygdale droite ne montrait pas pareille anomalie de structure.

C. — Signes fonctionnels.

Le malade ne s'en était jamais aperçu, cela n'avait jamais entraîné aucun trouble fonctionnel, ni toux, ni nausées.

D. — Examen.

Cet appendice était rétréci au niveau de son insertion en arrière de l'amygdale, puis devenait plus large en son centre et se rétrécissait à nouveau vers le bas. Il mesurait 2 cm. 6 de long et 0 cm. 7 au niveau de son plus grand diamètre transversal.

3° Dans l'observation de Ertl-Egbert.

A. — Age.

Il s'agissait d'une femme de 55 ans.

B. — Siège.

La tumeur, du volume d'une petite prune, était appendue par un fin pédicule au pôle inférieur de l'amygdale droite. Elle descendait dans l'hypopharynx.

Nous n'avons pas de renseignements sur la symptomatologie probablement pour la même raison que dans l'observation de A. LOGAN-TURNER, c'est-à-dire que la malade ne s'en était jamais aperçu.

4° Helmerking a décrit un cas semblable sous le titre de :

« UNE FORME RARE D'AMYDALE PENDULAIRE ».

Une femme dont l'âge n'est pas précisé présentait une formation ressemblant à une tumeur de l'amygdale et c'est ce dernier diagnostic qu'on avait déjà porté.

Siège et signes fonctionnels.

La malade sentait elle-même dans sa bouche cette tumeur qui lui semblait apparaître et disparaître alternativement.

Examen.

Un premier examen de la cavité buccale ne montrait d'abord rien d'anormal, mais en repoussant le pilier antérieur droit, on voyait l'amygdale sortir de sa loge, soutenue par une bride épaisse.

Cette manœuvre entraînait une gêne respiratoire.

En tirant sur le pilier antérieur, on faisait revenir l'amygdale dans sa loge.

1. Il s'agit en général de sujets d'âge adulte, sans que l'on puisse faire intervenir des conditions d'hygiène, de sexe ou de race.
2. Ces tumeurs pédiculées pendulaires sont pour ainsi dire toujours unilatérales. Le pédicule s'insère le plus souvent à la partie moyenne ou mieux à la partie inférieure de la tonsille, sur la portion qui regarde en dehors de la loge amygdalienne.
3. Les signes fonctionnels sont bénins et n'existent que rarement. Gêne à la déglutition, à la respiration, troubles de la voix chantée, ou parlée. Sensation de corps étranger dans la gorge. Toux irritative. Pas de fièvre, pas de ganglions.
4. L'examen du pharynx peut se présenter de deux façons :
— a) La tumeur est immédiatement visible du fait de l'abaissement de la langue;

— b) La tumeur n'est pas visible directement et il faut la faire jaillir de l'hypopharynx.

Dans les deux cas, elle peut être examinée dans son volume, sa forme, son aspect, sa coloration, sa situation, sa mobilité, son insertion.

En règle générale, l'amygdale qui a donné naissance à cette néoformation apparaît inchangée et celle du côté opposé est absolument normale.

Le début de cette affection reste toujours ignoré. Elle peut évoluer indéfiniment jusqu'à ce que le porteur demande à en être délivré lorsque la gêne devient évidente. On ne connaît pas de cas d'ulcération ou de dégénérescence maligne.

Diagnostic clinique.

En présence d'une tumeur de l'amygdale, le diagnostic clinique est à faire entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne.

Y a-t-il des tumeurs malignes pédiculées ? Nous n'en connaissons pas. Les tumeurs malignes font corps avec l'amygdale. Elles n'ont jamais été décrites sous la forme pendulaire.

Leur description sera faite au chapitre d'anatomie pathologique.

D'autre part, dans le cas de tumeur maligne, le malade ayant d'autres symptômes assez précoces est déjà venu consulter depuis longtemps.

Lorsqu'on a à faire à une forme pendulaire, il s'agit toujours d'une tumeur bénigne.

Peut-on, par l'examen clinique, distinguer la va-

riété de cette tumeur ? Cela paraît très difficile. On peut tout au plus avoir une présomption en appréciant la forme, la coloration, le reflet, la consistance, l'allure générale.

Diagnostic anatomo-pathologique.

A-t-on affaire à un polype à type lymphoïde ? Sa structure reproduit alors l'élément amygdalien simplement hyperplasié. Est-ce un polype à type fibreux ? On décèlera une sclérose chronique ou une hyperplasie du tissu de soutien. Nous avons déjà signalé l'aspect pseudo-angiomateux dû au caractère fréquemment vasculaire de ces polypes.

Un lipome est constitué par une masse circonscrite de tissu adipeux composée de lobules séparés par des cloisons de tissu conjonctif lâche et formés par le groupement de cellules adipeuses. Ces cellules forment de volumineuses vésicules remplies par une grosse goutte de graisse et entourées d'une membrane contre laquelle se trouve le noyau enveloppé d'une mince couche protoplasmique. Les vaisseaux qui alimentent le lipôme rampent dans ces cloisons conjonctives interlobaires, puis se ramifient et s'anastomosent en réseau. Les lipomes fibreux sont ceux dans lesquels le tissu conjonctif devient très abondant. Les lipomes myxomateux sont ceux dans lesquels on trouve du tissu muqueux entre les vésicules adipeuses. Certains vieux lipomes peuvent aussi s'infiltrer de sels calcaires.

Les lipomes pédiculés de l'amygdale sont très rares.

Les kystes hydatiques sont très rares aussi. Ils sont constitués d'une paroi et d'un contenu. Ils sont analogues à ceux que l'on trouve au niveau du foie.

LES TUMEURS MALIGNES s'accompagnent toujours d'adénopathie; une biopsie en affirme le caractère, elles se rencontrent après la quarantaine. Leur traitement est basé à la fois sur le degré d'extension de la tumeur et sur sa forme histologique.

Nous dirons quelques mots seulement des tumeurs conjonctives.

Ces tumeurs naissent soit aux dépens du tissu lymphoïde de l'amygdale : *lymphocytomes*, soit du tissu conjonctif formant des travées amygdaliennes : *sarcomes*.

Le lymphocytome constitue une tumeur volumineuse, molasse, sans tendance à l'ulcération, mais s'accompagnant de métastases ganglionnaires très précoces et récidivantes. C'est une tumeur des jeunes. Histologiquement, on trouve une nappe diffuse de cellules néoplasiques avec des éléments amygdaliens bouleversés et noyés.

Les sarcomes reproduisent le type des sarcomes fusos ou globo-cellulaires, du fibro-sarcome, du chondro-sarcome, du réticulome développé aux dépens du système fibrillaire de soutien des éléments lymphoïdes. Toutes ces tumeurs malignes présentent une grande tendance à la métastase plutôt par voie vasculaire que par voie lymphatique.

V. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'examen anatomo-pathologique de la tumeur pendulaire que nous avons extirpée dans les conditions exposées dans l'observation, a été pratiqué par M. le Professeur CAILLIAU, de l'Ecole de Médecine de Rouen.

Cet examen a montré :

Epithélium malpighien hyperplasié envahi par des cellules d'exocytose.

— Etat inflammatoire subaiguë sous l'épithélium.

— Disparition partielle du tissu lymphatique sous-jacent, ne persistant que sous forme d'îlots réduits.

— Indépendamment de ces îlots, on constate la présence d'amas de cellules inflammatoires groupées, composées de lymphocytes, histiocytes, plasmocytes. Ces amas diffèrent des îlots résiduels qui sont uniquement composés de lymphocytes et moyens mononucléaires.

— Autour des foyers inflammatoires, présence de fibroblastes nombreux élaborant des fibrilles qui, peu à peu, forment des plaques fibromateuses.

— Dans les îlots présentant de l'ancien tissu lymphoïde et également dans le tissu fibrillaire ambiant on constate la présence de néo-formations lymphatiques appartenant à deux types :

a) Les uns ont un caractère sinusoïdal, c'est-à-dire ne possèdent qu'une mince paroi souvent incomplètement close, composée d'une couche unique et souvent interrompue de cellules endothéliales juxtaposées autour d'une lumière où on ne distingue qu'un coagulum et parfois quelques leucocytes.

b) Les autres possèdent des parois plus épaisses, étanches, où les cellules endothéliales reposent sur une adventice fibrillaire : Ectasie kystique.

— Autour des néo-vaisseaux lymphatiques, on distingue des fibroblastes en vraie évolution fibrillaire et élaborant le collagène.

— Peu de vaisseaux sanguins.

EN RÉSUMÉ : la lésion comporte :

1° La substitution au tissu lymphoïde d'un tissu nouveau fibromateux ;

2° Les néo-formations lymphatiques souvent en ectasie offrant différents types ;

3° Un tissu inflammatoire composé dilots de cellules (plasmocytes, histiocytes et mononucléaires) persistant au sein de la sclérose qui répond de ce fait à une sclérose hypertrophique.

Il n'y a aucune trace de tissu cartilagineux ni de tissu osseux dans toute l'étendue de la tumeur.

Les amygdales n'ayant pas été enlevées, il n'y a aucune documentation à leur sujet.

Dans le cas exposé par A. Logan-Türner and Thomas Sprunt.

Les deux amygdales ont été enlevées en même temps que la tumeur, ce qui a permis d'étendre l'examen anatomo-pathologique à celles-ci.

Des coupes en série des amygdales furent faites et leur aspect histologique était semblable pour les deux. Il n'y avait pas de transformation inflammatoire, pas non plus de trace de cartilage en formation.

L'appendice attachée à l'amygdale gauche fut traitée au colorant de Mallory (à l'hématoxyline éosine) pour le tissu conjonctif et au colorant de Weigert's pour les fibres élastiques.

Le faible grossissement a montré que la plus grande partie était faite d'un centre de tissus conjonctif dense de type vasculo-adipeux. Au point d'attache de l'appendice ce tissu passait dans l'amygdale pour s'unir au tissu conjonctif à sa base donnant l'impression que ce tissu avait glissé par cette travée avec le cartilage. Cet appendice était largement irrigué comme le montre la présence de nombreux vaisseaux sanguins et il était rempli par de nombreux îlots de cartilage s'étendant en chaîne discontinue dans toute son étendue. Son enveloppe était faite d'un revêtement épithélial dépourvu de cryptes..

Le fort grossissement a montré qu'il s'agissait bien de néoformations cartilagineuses de type em-

bryonnaire, mais il n'y avait aucune trace de calcification.

En somme, il s'agissait de tissu amygdalien appendu à l'amygdale par un pédicule. Ce tissu amygdalien était modifié par de la sclérose et par la présence de nodules cartilagineux. La nature de ces amas a permis aux auteurs de déduire que c'était là une inclusion de tissu fibro-adipeux venu pendant la vie fœtale, soit du premier arc branchial, soit de mésenchyme chondrogénétique primitif se fixer au niveau de la partie inférieure de la base de l'amygdale.

La tumeur pendulaire se serait ensuite formée d'une manière purement mécanique de la façon que nous allons expliquer dans le chapitre suivant.

Histologie des cas relatés.

Dans tous ces cas, aussi loin que nous pouvons remonter, le cartilage apparaît dans le tissu cononctif. Ce tissu fibro-adipeux est situé à la base de l'amygdale, il n'y en a pas dans le tissu lymphoïde, bien qu'il y en ait de projeté dans le cas de Walsham. Les îlots sont très irréguliers en forme et en dimensions, on peut les voir au microscope certes ou parfois à l'œil nu. Plus de 36 modules ont parfois été décrits dans une amygdale.

Histologiquement, ils ressemblent au tissu embryonnaire comme celui que l'on voit au niveau de l'épiglotte. Les cellules cartilagineuses sont grosses et nombreuses, la substance interstitielle peu abondante et beaucoup de fibres élastiques jetées en haut

la croisent en tous sens; on a retrouvé ces fibres d'une façon constante. Selon RÜCKERT et MANTCHIK on trouve un périchondre défini, dans certains cas on a pu noter une ossification, mais ceci chez des adultes qui présentaient des phénomènes semblables en d'autres parties du corps.

L'épithélium qui recouvre l'amygdale est probablement du type stratifié desquamant; il est rare qu'un autre phénomène soit associé comme le cas de LUND's (Hyperkératose).

VI. — PATHOGENIE

Nous avons vu dans le précédent chapitre que nous établissions une différence entre les tumeurs bénignes simplement pédiculées et les tumeurs bénignes pédiculées à forme pendulaire, ces dernières étant particularisées par la présence d'un pédicule allongé et par leur position qui les situe nettement au-dessous de l'amygdale dont elles proviennent et qui les fait comparer à un balancier.

Pourquoi ces tumeurs sont-elles ainsi pédiculées ? L'observation si détaillée de A. LOGAN TURNER and Thomas SPRUNT nous donne une explication qui paraît logiquement satisfaisante :

La croissance des inclusions cartilagineuses ou le développement du tissu chondrogénérique primitif qui se trouvent dans l'amygdale ont produit une saillie à travers la partie basse de l'amygdale. Celle-ci s'est allongée par des mouvements de déglutition et le passage des aliments, aidée par l'action des muscles constricteurs du pharynx, processus analogue à celui de la formation des polypes utérins. Ce n'est pas une métaplasie et le fait de l'unilatéralité s'explique parce qu'on n'a pas trouvé d'inclusion cartilagineuse dans l'amygdale du côté opposé..

En somme c'est une théorie embryologique.

D'autre part, il a été fait post-mortem de nombreux prélèvements d'amygdales banales. L'examen de ces amygdales a permis dans un pourcentage élevé de cas d'y situer des inclusions cartilagineuses ou osseuses.

Ces amygdales n'avaient pourtant jamais présenté de tumeurs pédiculées. Ces inclusions cartilagineuses ou osseuses ont-elles un rapport de cause à effet avec la forme de tumeur pendulaire pédiculée ?

Pour notre part, l'examen anatomo-pathologique de notre tumeur ayant été très minutieusement poussé dans ce sens, ne nous a pas montré d'os ni de cartilage. Et pourtant, nous avons affaire à une tumeur nettement pédiculée pendulaire. Quel a donc été le point de départ de cette tumeur si l'on ne peut l'expliquer par une sorte de chute d'une masse plus dense, hors de l'amygdale ? Sous quelle influence s'est accomplie cette manifestation ?

On a vu au chapitre de l'anatomie pathologique qu'il y avait formation d'un tissu nouveau fibreux, une sclérose hypertrophique; ce sont plutôt là des processus de rétraction que d'extension. Il est vrai que la transformation fibreuse a peut-être été secondaire.

L'allongement du pédicule et partant, la mobilité de la tumeur s'expliquent logiquement par la théorie mécanique. La déglutition, les mouvements incessants du pharynx, la phonation, la respiration sont autant de facteurs de tiraillement de ce support.

En résumé, l'apparition de la tumeur paraît accidentelle. Si la présence d'amas plus denses dans les amygdales en était seule cause, il semble que les cas seraient plus nombreux et surtout que l'on noterait d'une manière beaucoup plus fréquente la bilatéralité de cette affection.

Par contre, lorsque l'on trouve des inclusions cartilagineuses ou osseuses dans ces tumeurs pendulaires, la pathogénie de ces affections est expliquée par deux théories dans l'ensemble de la littérature publiée à ce sujet.

a) Les uns prétendent qu'il s'agit d'inclusion embryonnaire. Inclusion de cellules cartilagineuses du deuxième arc branchial dans l'amygdale.

b) Les autres prétendent que le cartilage provient du tissu conjonctif situé à la base de l'amygdale et est le résultat d'une métaplasie inflammatoire.

La première théorie est soutenue par ORTH, DEICHERT, RÜCKERT, REITMANN, MANTCHIK et d'autres. Les points suivants viennent à l'appui.

1° Les relations embryologiques étroites des différentes parties décrites précédemment.

2° La nature des îlots cartilagineux et leur ressemblance avec le cartilage de l'épiglotte, de la trompe d'Eustache, de l'oreille externe et des cartilages de Santorini du larynx. Cette origine du deuxième arc branchial et la présence de fibres élastiques sont constantes.

3° Les îlots ressemblent à certaines tumeurs sous-

cutanées que l'on retrouve sur le cou et qui dérivent du deuxième arc branchial.

4° Les îlots sont dépourvus de réaction inflammatoire; la plupart des auteurs ont examiné des amygdales malades, négligeant les spécimens sains comme MANTCHIK l'a montré.

5° RÜCKERT trouva du cartilage chez 17 enfants parmi 40 et LUBRASCH et REITMANN en trouvèrent dans des amygdales d'embryon ou de fœtus où celles-ci n'avaient pu souffrir d'inflammation.

6 On a trouvé cependant plus fréquemment du cartilage chez des adultes. La tumeur provenait de cellules embryonnaires ; on en voit seulement chez l'adulte comme si elle pouvait rester latente pendant de nombreuses années.

7° RÜCKERT trouva du périchondre associé au cartilage dans 70 cas dans des amygdales de nouveau-nés.

De l'autre côté, TÖPFER, LUND POLLAK, NOESKE et d'autres prétendent que le cartilage provient du tissu conjonctif métaplasie.

Les bases sur lesquelles ils étayent leurs théories reposent sur l'examen d'amygdales malades; ils donnent les raisons suivantes pour justifier leur attitude.

1° La fréquence avec laquelle on rencontre le cartilage associé à un état inflammatoire.

2° La plus grande fréquence de cartilage chez l'adulte.

3° Le fait que les îlots sont trop nombreux pour

qu'on puisse admettre leur provenance de quelques cellules embryonnaires.

4° Il se trouve toujours dans le tissu conjonctif et jamais dans le lymphoïde.

5° Le cartilage ne montre jamais de périchondre.

6° On peut tracer la démarcation entre le tissu conjonctif et le cartilage.

LÜBARSCH ne prend partie pour aucune des théories et il pense que les deux explications sont probablement nécessaires pour rencontrer tous les cas relatés. Nous dirons dans notre conclusion ce qu'il faut en penser et la valeur qu'il faut attacher au facteur inflammatoire.

Conclusions.

Les conclusions que nous avons retracées de l'étude de ce cas et de la littérature mise à notre disposition sont les suivantes :

1° La théorie embryologique du développement des nodules cartilagineux dans l'amygdale est très plausible. Le simple fait que du cartilage ait été trouvé dans les amygdales d'enfants nouveau-nés et des fœtus suffit à apporter un fort appui en faveur de cette théorie.

2° La présence de cartilage dans le tissu conjonctif de la charpente de la future amygdale et non dans le tissu lymphoïde est encore une preuve de son origine embryonnaire.

3° Les cas qui semblent enfin dus à une métaplasie sont tous probablement, si l'on continue de voir à

la lumière du développement cartilagineux des cas dans lesquels les cellules du deuxième arc branchial n'ont pas été inclus, une inclusion résultant de cellules du mésenchyme chondrogénétique. Tout comme on croit que les cellules épithéliales et microbiennes sont latentes jusqu'à ce qu'elles soient stimulées pour quelque cause irritative de même on peut penser que ces cellules ont pu être irritées de la même manière et former ainsi du cartilage.

4° Si l'on accepte cette conception, il est facile de comprendre comment les cellules chondrogénétiques séparées par des bandes de tissu conjonctif, ont pu former de multiples nodules cartilagineux. Et il semble bien évident que seules les cellules primitives chondrogénétiques peuvent se transformer et former du cartilage et non pas n'importe quelle cellule du stroma comme l'ont dit NOESSKE et d'autres.

5° Finalement, la théorie embryologique va expliquer deux points avancés par la théorie de métaplasie :

a) La plus grande fréquence de cartilage chez l'adulte qui est en accord complet avec la théorie d'inclusion cellulaire qui se manifeste dans les néoformations.

b) L'apparence de transition entre le cartilage et le conjonctif apporte une explication naturelle, du fait que les cellules chondrogénétiques sont simplement des cellules de tissu conjonctif spécialisées.

Après l'étude de ces faits, il n'y a pas de doute que la théorie embryonnaire explique ces cas d'une façon

satisfaisante si bien que la théorie de la métaplasie peut être écartée.

Les auteurs concluent à la présence de cartilage dans la tumeur. Ils déduisent que le poids de cette inclusion cartilagineuse additionnée aux mouvements incessants de déglutition a entraîné cette néoformation pendulaire, que c'est en somme à une action mécanique avec un point de départ donné par la constitution anormale de l'amygdale qu'est dû l'aspect définitif de la tumeur.

VII. — TRAITEMENT

Le traitement des tumeurs pédiculées pendulaires de l'amygdale fera l'objet de quelques lignes, car il est des plus simples.

Quelquefois la tumeur s'opère spontanément en totalité. MARSCHICK en 1923 a rapporté le cas d'amygdale auto-opérée presque entièrement dans l'effort d'un vomissement. Ces cas sont assez rares. Le malade est alors soulagé des troubles dont il se plaignait et tout rentre dans l'ordre.

La plupart du temps, on est conduit à intervenir. L'ablation se fait alors au serre-nœud sous anesthésie locale à la novocaïne adrénalinée, anesthésie qui peut s'arrêter à la racine du pédicule. On se contente alors d'enlever la tumeur et son pédicule.

Il est inutile d'insister sur le fait qu'il faudra tenir la tumeur avec les pinces à griffe de BOURGEOIS pour éviter qu'elle ne soit déglutie après sa séparation.

On peut être encore amené à enlever en même temps que la tumeur l'amygdale qui lui a donné naissance. On procédera alors à une anesthésie locale identique à celle que l'on pratique dans l'amygdalectomie courante et l'anse du serre-nœud sera naturel-

lement jetée sur l'amygdale après décollement de son pôle supérieur.

Enfin, certains auteurs préconisent d'enlever en même temps l'amygdale du côté opposé, si l'état du pharynx ne s'y oppose pas. On mettra fin ainsi à tout risque de récurrence.

VIII. — OBSERVATIONS

Outre notre observation personnelle, nous avons pu trouver dans la littérature médicale française, anglaise, allemande, italienne, un certain nombre de cas semblables qui ont fait l'objet de divers articles, rapports ou présentations. Nous n'en retiendrons que quelques-uns, résumés ci-dessous.

En premier lieu, nous exposons l'observation de A. LOGAN TURNER et Thomas SPRUNT. Cette observation que nous avons recueillie dans le *Journal of Laryngologie and Otology* de 1923, a pour titre :

« Un cas peu banal d'appendice amygdalien et son rapport avec la formation de cartilage dans l'amygdale ».

OBSERVATION TIRÉE DE *The Journ. of Laryngology and Otology*, 1923, par A. LOGAN TURNER M. D., F.R.C. S. E., and THOMAS SPRINT M.B., Ch. B.

Un cas peu banal d'appendice amygdalien et son rapport avec la formation de cartilage dans l'amygdale

Pendant plusieurs années, la présence de nodule cartilagineux dans l'amygdale a été l'objet de recherche générale.

Depuis que la possibilité d'un tel fait avait été décrite par G. ORTH en 1893, ce fut un sujet d'intérêt général et beaucoup de cas ont été publiés.

Nous désirons seulement présenter ce qui va suivre comme un cas d'aspect anormal de l'Amygdale.

Nous devons notre documentation à M. E. D. DALZIEL DIKSON F.R.C.S.C., Capt. R.A.M.C. (S.R.) qui opéra le patient et nous envoya les amygdales à examiner.

Le malade, un adulte du sexe masculin, fut admis au 82^e Hôpital Général à Constantinople pour ablation des amygdales, toutes deux à structure hypertrophique.

Du côté gauche, un processus semblable à un doigt paraissant attaché au niveau de la partie postérieure du pôle inférieur de l'amygdale pendait librement, plongeant dans le pharynx.

Le malade ne s'en était jamais aperçu. Cela n'avait jamais entraîné de troubles fonctionnels, ni toux, ni nausées. L'amygdale droite ne montrait pas de pareille anomalie de structure.

Les autres observations ont trait surtout à la présence de tissu cartilagineux et de tissu osseux dans les amygdales. ERTH EGBERT et HELMERKING exposent deux cas de tumeurs appendues à l'amygdale.

EGBERT montre qu'il s'agit de tissu lymphoïde à dégénérescence nécrotique analogue à l'amygdale. HELMERKING décrit d'une façon plus détaillée la symptomatologie de l'affection, mais ne donne pas de compte rendu anatomo-pathologique de la néoform-

mation. Somme toute, ces deux observations traitent de cas assez rares comme nous l'avons déjà fait entendre, mais nous remarquons que ni l'une ni l'autre n'expliquent l'étiologie de l'affection.

Voici d'autres cas résumés de tumeurs bénignes de l'amygdale avec présence de tissu cartilagineux et de tissu osseux dans la néoformation ou dans l'amygdale même.

Formations osseuses et cartilagineuses dans les amygdales

IRWIN MOORE (*The Journal of Laryngology and Otology*, mars-avril 1924).

H. TILLEY présenta en mai 1922 un volumineux ostéome de la région amygdalienne. WRIGHT, en juin 1922 présenta un cas d'apophyse styloïde pénétrant l'amygdale. L'auteur à l'occasion de ces deux cas et des travaux histologiques du professeur SHATTOCK a rédigé un travail d'ensemble sur la question.

Il le divise en deux chapitres : le premier s'occupe des formations osseuses extérieures à l'amygdale et l'ayant pénétrée, le second traite des formations osseuses ou cartilagineuses nées dans l'amygdale.

1° EXTRINSÈQUES.

a) Apophyse styloïde.

Rappel de l'anatomie normale et des cas d'ossification du ligament stylo-hyoïdien. L'apophyse styloï-

de peut anormalement se diriger en dedans et en avant et pénétrer l'amygdale. Il faut qu'elle ait au lieu de 2 cm. 1/2, longueur normale, 5 à 6 centimètres. On l'a trouvée en dehors de l'amygdale, dans le pilier antérieur ou le pilier postérieur.

Fréquence : opinions variées suivant auteurs. L'anomalie peut être unilatérale mais est souvent bilatérale (sur 19 cas rapportés par DWIGHT, 10 étaient bilatéraux).

Age : rien de spécial, des 19 cas signalés l'âge varie de 31 à 50 ans et au-dessus.

Sexe : sur 12 cas où le sexe est mentionné, 9 chez l'homme et 3 chez la femme.

Symptômes : sensations anormales, sensation d'os ou de corps étranger amygdalien, irritation, angines, quelquefois gêne à avaler.

Diagnostic : la palpation bi-manuelle révèle une saillie osseuse arrondie se terminant en un point du tissu amygdalien, quelquefois assez près de la surface. L'os est mobile quand la tête tourne ou s'incline en avant. La radiographie aide au diagnostic. On a pu prendre cette anomalie osseuse pour un véritable corps étranger. DWIGHT signale un cas curieux où la présence d'une apophyse styloïde amygdalienne occasionnait un bruit perceptible extérieurement très gênant pour la malade.

b) *Côtes surnuméraires.* — Un seul cas où il s'agissait d'une formation osseuse transversale qui de chaque côté pénétrait l'amygdale.

L'auteur donne un résumé bibliographique très complet des cas publiés depuis 1662.

Pratiquement il est intéressant de connaître cette anomalie à cause des difficultés qui peuvent survenir dans l'ablation des amygdales, surtout lorsqu'on utilise la guillotine. Dans les cas où l'os passe entre les deux carotides il peut y avoir des difficultés dans la ligature.

2° INTRINSÈQUES.

Il s'agit de formations osseuses ou cartilagineuses, généralement en ilots de petit volume dispersés dans les amygdales.

Statistiques et fréquence : les recherches de REITMANN, PETROV, LUBARSCH, RÜCKERT, MANTCHICK montrent la fréquence de ces formations par exemple 38 % statistique MANTCHICK.

Étiologie : deux théories sont en présence :

1° Formations aberrantes du premier ou du deuxième arc branchial.

2° Métaplasie du tissu conjonctif amygdalien.

L'auteur énumère les données sur lesquelles s'appuient les auteurs pour justifier l'une ou l'autre de ces deux théories ou une théorie mixte. Le siège de ces formations, la ressemblance de leurs tissus avec les tissus embryonnaires, les rapports d'intimité de ces formations avec le tissu conjonctif amygdalien, les inflammations chroniques coexistant souvent avec elles, sont les principaux arguments étiologiques fournis. Il faut remarquer de plus la fréquence des reli-

quats embryonnaires dans cette région et peut-être une certaine prédisposition des cellules du tissu conjonctif voisin à se métaplasier.

Age : à tout âge. Cas chez l'embryon.

Siège : invariablement dans la capsule fibreuse de l'amygdale à proximité de la musculature pharyngée ou dans les travées fibreuses capsulaires séparant les lobes amygdaliens. Plus rarement dans le tissu conjonctif pénétrant le tissu amygdalien. Jamais dans le tissu amygdalien lui-même.

Forme et dimensions : îlots cartilagineux de formes irrégulières, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un point à peine visible à l'œil nu.

Histologie : Cellules cartilagineuses souvent isolées en groupe de deux ou trois, en division active. Présence des fibres élastiques. Périchondre visible. Tissu osseux avec toutes transitions entre cartilage et os.

Un long résumé bibliographique de ces cas extrinsèques vient ensuite.

L'article se termine par un très long exposé histologique du cas de TILLEY avec discussion sur l'origine de cet ostome amygdalien par le Professeur SHATTOCK.

CONCLUSION. — On trouve du tissu cartilagineux dans le tissu conjonctif de l'amygdale dans au moins 1/3 des cas.

Ces formations dérivent de restes embryonnaires des arcs branchiaux dont on sait la richesse en tissu cartilagineux. Il est possible que certaines cellules conjonctives d'origine embryonnaire puissent sous l'influence d'une inflammation se métaplasier.

Le tissu osseux est dû à la formation normale d'os par le cartilage. Chez le fœtus le cartilage prédomine, à un âge plus avancé c'est l'os qui prédomine.

Le cartilage embryonnaire est rarement le point de départ de néoplasies, mais les chondromes et les fibrochondromes des amygdales naissent de ces îlots cartilagineux.

**Annales des maladies de l'oreille,
du larynx, du nez et du pharynx (Mars 1926)**

3° TRAMONTANO GUERRITORE G.

Formation osseuse et cartilagineuse dans les amygdales des vieillards et des sujets atteints de tuberculose pulmonaire avec des localisations à l'amygdale.

L'auteur a examiné au point de vue anatomique des amygdales de cinq sujets morts de tuberculose pulmonaire : le processus tuberculeux avait également affecté les amygdales comme l'auteur put se convaincre par l'examen histologique des amygdales mêmes.

Dans 4 ou 5 cas examinés, l'auteur a trouvé aussi des manifestations primitives de formation osseuse et cartilagineuse, constatation qui semble exister chez des sujets âgés.

Cette fréquence d'association de la bacillose pulmonaire avec la présence d'os et de cartilage dans les amygdales est attribuée d'après LUBARSCH à un pro-

cessus de métaplasie par le B.K. dans le tissu conjonctif de l'amygdale.

**Tissu osseux et cartilagineux dans l'amygdale.
Hémorragie grave consécutive à une tonsillectomie**

M. REDER (*The laryngoscope*, t. XXV, n° 1; cf. ibidem New-York academy of medicine, séance du 24 mars 1924).

Un jour le Professeur ALBERT, il y a plus de 40 ans, voulant enlever une amygdale chez un garçon de 13 ans, par la guillotine, a vu son instrument solidement fixé par l'amygdale. Il a fallu, par une excision au bistouri, libérer l'amygdale et l'instrument agrippé dans une partie ossifiée de l'amygdale; depuis il n'a jamais voulu employer l'amygdalotome. Une autre fois, c'est une hémorragie grave qui trouve sa cause dans une ossification, au moins partielle, de l'amygdale ou de sa capsule, comme le cas rapporté de Milton REDER. Un homme robuste, qui trois ans auparavant avait subi une résection sous-muqueuse de la cloison, était gêné par ses amygdales qui, petites, déchiquetées, remplies d'un détritit caséux, devaient être enlevées par tonsillectomie. L'amygdale droite à peine enlevée, une profuse hémorragie se produisit qui résistait à la forcipressure et à tout traitement médical. Seule enfin une énergie compression contre l'os maintenu pendant deux heures a arrêté l'hémorragie qui quoique doucement s'est continuée encore pendant 24 heures.

A l'examen microscopique l'amygdale enlevée présentait le type ordinaire de l'amygdalite chronique, mais les septa qui séparent les noyaux lymphatiques sont plus épaissis et par endroits envahis par des lymphocytes ? La capsule contient de nombreux foyers de cartilages, tantôt en voie de calcification, tantôt en véritable ossification. Les vaisseaux de la capsule sont épaissis.

Cette communication a donné lieu à une discussion à l'Académie de New-York sur la présence du tissu cartilagineux ou osseux dans l'amygdale. Sur 1.000 cas d'amygdales examinées en séries à l'hôpital de Michigan sur des sujets entre 3 et 59 ans, plus de 200 auraient, d'après Mc CULLOGHS, montré la présence du cartilage dans les amygdales et si l'on se tient seulement aux malades au-dessus de 25 ans, plus de la moitié présentent dans leurs amygdales du tissu osseux ou cartilagineux. On distingue deux groupes d'amygdales cartilagineuses ou ossifiées. Dans le premier groupe extrinsèque, l'ossification dérive généralement d'une apophyse styloïde anormalement longue ou d'une côte surnuméraire. Plus fréquent est le deuxième groupe intrinsèque. Il s'agit dans ces cas d'une combinaison d'un reste fœtal avec une disposition chondro et ostéoplastique spéciale d'après SHEEHON.

Ces cas donnent lieu à l'occasion d'une amygdalectomie à des hémorragies graves. Le meilleur moyen d'arrêter ces hémorragies osseuses est la compression à travers une empreinte de cire à modeler, comme s'en servent les dentistes.

**Métaplasie osseuse et cartilagineuse de l'amygdale
chez une porteuse de bacilles de diphtérie**

HIRSCH et CORTEN. (*Zeitsch. f. Hals etc. Kunde*, t. XIX, N° 4).

Nous sommes très mal renseignés sur la persistance des microbes virulents chez quelques individus après une attaque de maladie infectieuse aiguë comme la diphtérie ou la fièvre typhoïde. En particulier, la cause de la persistance de la virulence des bacilles diphtériques comme plus accessible à un examen a été souvent recherchée mais sans trop de résultats jusqu'à présent. D'abord, il est très difficile de retrouver le bacille diphtérique dans les coupes histologiques. Ensuite, il doit exister des conditions biologiques qui occasionnent la disparition rapide des bacilles dans l'amygdale enlevée.

Nos auteurs n'avaient pas à se plaindre de cet inconvénient. Une jeune femme de 25 ans fait une diphtérie dont elle a guéri, mais malgré quatre injections d'antitoxine diphtérique faites de semaine en semaine et malgré de nombreux désinfectants appliqués localement, la malade ne pouvait pas se débarrasser de ses bacilles diphtériques virulents. Il a donc fallu faire la tonsillectomie qui a réussi complètement sans que la malade eut à faire une infection diphtérique de la plaie opératoire comme le craignait WITTMACH. A l'examen histologique les auteurs ont trouvé les bacilles diphtériques dans les cryptes ; nulle part ail-

leurs, ni dans l'épithélium, ni dans le tissu adénoïde n'existaient des bacilles. Une autre constatation assez intéressante est que toute trace d'inflammation de l'amygdale avait disparu ; sauf que dans les cryptes étaient des bacilles fibrineux qui précisément emprisonnaient les bacilles diphtériques. La plus intéressante constatation pour les auteurs est la persistance d'îlots de cartilages et d'os qu'ils ont trouvés dans les capsules. A ce propos, ils étudient la question de l'existence d'os et de cartilages dans les amygdales qu'ils considèrent comme relativement rare. Comme la capsule de l'amygdale est un dérivé de la poche pharyngée embryonnaire, l'existence de tissus cartilagineux chez le fœtus ne serait pas rare. Plus tard, chez l'adulte, l'existence du tissu osseux et cartilagineux peut être due aussi à des inflammations répétées.

LAUTMAN.

**Sur les inclusions de cartilage et d'os
dans les amygdales palatines**

HEINTZ JOSEPH (*Zeitschrift für Laryngol.* Vol. XIX,
p. 160-177, 390).

**Inclusions de cartilages et d'os
dans les amygdales palatines
chez des frères et des sœurs**

HEINTZ JOSEPH (*Zeitschrift für Laryngol.* Vol. XIX,
p. 193-198, 1930).

H. décrit 14 cas où on a découvert des inclusions ostéo-cartilagineuses dans les amygdales énucléées

chirurgicalement. Toutes ces amygdales présentaient de l'infection chronique à un degré plus ou moins avancé. Dans 8 cas, il n'existait qu'un foyer cartilagineux isolé, dans un neuvième il y en avait deux. Dans deux autres, il y en avait plusieurs, et enfin dans les trois derniers, il y avait plusieurs foyers cartilagineux et osseux.

HEINTZ discute longuement la signification de ces inclusions. Trois hypothèses, correspondant probablement chacune à un certain nombre de faits ont été mises en avant.

1° Il pourrait s'agir d'un prolongement de l'apophyse styloïde ou bien d'une inclusion osseuse ou cartilagineuses dans le ligament stylo-hyoïdien. Cette hypothèse pourrait s'appliquer à certains cas spéciaux où on trouve sur les coupes un foyer unique, rond ou ovalaire, isolé, et situé en dehors du tissu amygdalien proprement dit.

2° Les îlots cartilagineux amygdaliens peuvent être considérés comme des restes des soutiens cartilagineux de la deuxième poche branchiale, le tissu osseux s'étant développé par transformation du cartilage. Cette hypothèse expliquerait bien les constatations de THÉODORE, qui a observé dans les îlots l'existence de cellules cartilagineuses d'âge différent, dont les plus anciennes se trouvaient dans les parties périphériques de l'îlot. D'autre part, REITMANN a observé des inclusions cartilagineuses sans aucune altération inflammatoire de l'amygdale, chez un fœtus, quatre nouveau-nés et deux tout jeunes enfants. RUCKERT et

d'autres auteurs ont fait des constatations analogues. Ces faits parlent évidemment pour une origine fœtale.

3° Les inclusions ostéo-cartilagineuses se seraient formées par métaplasie du tissu conjonctif amygdalien. La coexistence de l'inflammation chronique de l'amydale est très fréquente, fait d'autant plus explicable que la plupart des pièces ont été prélevées par amygdalectomie, dont l'indication avait été précisément posée à cause d'une infection chronique. La coexistence de tuberculose amygdalienne a été souvent observée (LUBARSCH). Cette hypothèse expliquerait fort bien la multiplicité fréquente des foyers, et le fait qu'en général (contrairement aux constatations isolées de THÉODORE) les cellules cartilagineuses les plus jeunes se trouvent à la périphérie de l'îlot, les plus anciennes au centre.

LEICHER a observé trois fois des inclusions ostéo-cartilagineuses chez des frères et sœurs. Ces constatations parlent dans une certaine mesure pour l'origine fœtale de ces inclusions.

Il faut d'ailleurs remarquer que la fréquence de ces foyers ostéo-cartilagineux dans l'amydale est inconnue. Pour la connaître, il faudrait faire des recherches méthodiques, recherches qui, pour être correctes, nécessiteraient des coupes sérieées des amygdales, ce qui serait extrêmement laborieux. Deux autres méthodes peuvent donner des résultats à peu près satisfaisants :

1° On coupe les amygdales en tranches minces, et

en passant délicatement le doigt sur les tranches, on arrive à sentir des rugosités qui correspondent aux îlots ostéo-cartilagineux.

2° On détermine le poids spécifique de fragments d'amygdales assez petits, mais pesant au moins 50 milligrammes, en les pesant d'abord à l'air, et ensuite dans l'eau. Les fragments ayant un poids spécifique au-dessus de 1.075 contiennent de l'os ou du cartilage ossifié. La présence de cartilage non calcifié ne peut pas être reconnue par ce procédé (LEICHER).

A. KLOTZ

**Inflammation chronique des amygdales
avec présence dans celles-ci de formations cartilagineuses
et osseuses**

par Maurice LALLEMANT et Jacques DELARUE (1)

Le titre de cette note ne fait état que des constatations objectives que nous avons faites dans un cas que le hasard de la pratique hospitalière courante nous a permis d'observer. C'est que nous ne croyons pas pouvoir, même à propos d'un fait bien déterminé, formuler de conclusion ferme sur l'origine des formations cartilagineuses et osseuses amygdaliennes : à celles-ci sont liées, comme nous le verrons, un certain nombre d'hypothèses parmi lesquelles il est assez malaisé de découvrir le vrai processus en cause.

(1) Communication faite à la Société Anatomique, séance du 4 juin 1931. *Annales d'Anatomie pathologique*, t. VIII, n° 7, juillet 1931.

Ces amygdales ont été extirpées chez un enfant de sept ans. La petite Marcelle B. : a fait, il y a deux ans, une coqueluche. Bien portante, jusque-là, elle présente, depuis cette infection, des amygdalites fréquentes et, depuis quelques mois, une gêne pharyngée à peu près permanente. Le médecin de la famille a remarqué l'augmentation de volume progressive des amygdales.

Ajoutons, pour compléter cette histoire pathologique si banale, que l'enfant n'a jamais présenté de diphtérie clinique, qu'il n'existe aucun symptôme d'infection tuberculeuse ni chez elle, ni dans son entourage : ces deux faits ont un intérêt que nous retrouverons plus loin.

A l'examen de la cavité buccale, les amygdales apparaissent toutes deux augmentées de volume, grosses comme de petites noix ; elles présentent un aspect bien particulier ; elles sont pâles, hérissées de saillies blanchâtres acuminées, piliformes, que le porte-coton n'arrive pas à détacher. Elles présentent au toucher une consistance élastique, ferme ; on ne sent pas de points particulièrement durs. C'est en somme l'aspect typique réalisé habituellement par la mycose pharyngée.

Une biopsie est pratiquée, simple arrachement à la pince d'une des saillies acuminées observées ; l'examen microscopique de ce fragment ne peut confirmer le diagnostic posé de mycose. La tonsillectomie bilatérale est pratiquée par la méthode de SLUDER. Les

suites en sont des plus simples ; la petite opérée, revue après huit jours, est en parfait état.

L'examen histologique montre, dès le faible grossissement, de profondes modifications de l'architecture normale des amygdales. Le tissu lymphoïde est inégalement réparti, lobulé par d'épais trousseaux collagènes, lesquels, par leur confluence, forment en certains points de larges plages fibreuses. Par ailleurs, la section transversale, ou oblique, ou longitudinale des cryptes, montre celles-ci comblées par une substance lamellaire fortement acidophile et réfringente, laquelle déborde l'orifice des cryptes pour y former des sortes de crêtes épineuses plus ou moins saillantes. Cette substance est de la kérato-hyaline.

L'étude histologique un peu détaillée permet de noter des altérations importantes de l'épithélium de revêtement. Celui-ci est dans l'ensemble atrophie, réduit à deux ou trois assises de cellules polyédriques à épines. Dès que le revêtement malpighien s'infléchit pour s'invaginer dans les cryptes, il est, au contraire, le siège d'une prolifération importante et surtout d'une hyperkératose considérable. Il s'agit, en effet, ici plus d'hyperkératose que de parakératose ; si cette dernière altération est des plus nettes en certains points, presque partout il y a persistance de la couche granuleuse et les cellules kératinisées sont dépourvues de noyaux. L'exubérance monstrueuse de cette kératinisation forme, dans les cryptes coupées transversalement, de volumineuses perles cornées et, en surface, l'aspect chevelu noté cliniquement. Entre les forma-

tions lamellaires de surface, se voient, aisément colorées et différenciées par la méthode de coloration de Gram, des spores de *saccharomyces albicans* et des bâtonnets gramophiles très longs, très nombreux, à disposition réciproque analogue à celle des bacilles de LOFFLER à forme longue, mais dont l'identification certaine ne peut être donnée faute d'ensemencement. Disons tout de suite que tous les faits cliniques plaident contre cette hypothèse qu'il s'agit de bacilles diphtériques ; il s'agit beaucoup plus vraisemblablement de germes anaérobies saprophytes de la cavité bucco-pharyngée.

En profondeur, le tissu lymphoïde amygdalien est, ainsi que nous l'avons vu, lobulé par des travées fibreuses et forme des plages arrondies plus ou moins larges ; il n'en paraît pas moins pourvu de l'activité qu'il présente habituellement chez le jeune enfant comme en témoignent le grand nombre et le volume des centres germinatifs folliculaires et les nombreuses mitoses que l'on rencontre dans ceux-ci. Mais le fait beaucoup plus notable et qui donne à l'aspect histologique de ces amygdales toute sa particularité, est la présence d'îlots cartilagineux dans le tissu fibreux, lequel a pris ici, un si grand développement.

Ces îlots sont généralement de petite taille. Ils sont disséminés dans l'amygdale sans topographie particulière au premier abord. On les rencontre surtout profondément, à distance du revêtement malpighien,

au voisinage des quelques faisceaux musculaires striés, extirpés chirurgicalement avec l'amygdale.

Sur une coupe cependant, les ilots cartilagineux adjacents forment un véritable anneau autour d'une crypte, séparés de la kérato-hyaline qui occupe sa lumière par des formations lymphoïdes elles-mêmes disposées concentriquement autour de la crypte. Le tissu cartilagineux est, au centre de chacun des ilots, du cartilage adulte. A la périphérie de ceux-ci, il existe toutes les transitions entre le tissu conjonctif fibreux qui les entoure et le cartilage. Les mêmes transitions d'observent, en un ou deux points, entre le tissu cartilagineux et quelques éléments osseux que l'on voit se constituer nettement aux dépens du cartilage.

Dans tout cet ensemble, on trouve, outre le développement considérable de la sclérose, des signes histologiques d'inflammation chronique d'ordre très banal. Ilots inflammatoires lymphoplasmocytaires, prolifération vasculaire et congestion, macrophages bourrés de pigment ocre.

Plusieurs faits, et d'ordre divers, méritent de retenir l'attention à propos de ce cas.

L'aspect clinique si particulier de ces amygdales hypertrophiées était celui d'une mycose. Ceci n'a rien qui doive nous étonner, car certaines mycoses tonsillaires réalisent, plus que tout autre affection peut-être, comme l'ont vu depuis bien longtemps certains auteurs comme HICGUET (1), une parakératose et une hy-

(1) Hicguet : *Bull. de la Soc. Franç. d'Otologie*, séance de mai 1893.

perkératose souvent considérables, responsables de l'aspect « chevelu » de l'amygdale.

Nous n'insisterons pas davantage, bien qu'elle ait pris ici un développement vraiment énorme, sur cette hyperkératose. Il s'agit là d'une lésion fort banale et souvent rencontrée, responsable de la formation de ces petites concrétions blanchâtres que l'on voit apparaître bien souvent à l'orifice des cryptes des amygdales atteintes d'inflammation chronique.

Mais la présence d'îlots cartilagineux et osseux dans les tonsilles est un fait d'observation moins courante et qui soulève un certain nombre de problèmes assez difficiles à résoudre.

On pourrait d'ailleurs s'étonner de ne guère trouver, dans les ouvrages français, de relations de cette particularité. Il faut sans doute attribuer ce silence au fait que l'extirpation des amygdales atteintes d'inflammation chronique est rarement suivie d'examen histologique, en raison même de leur banalité, ceci n'étant qu'un cas particulier d'une tendance trop généralement répandue en France.

A l'étranger, les formations cartilagineuses et osseuses amygdaliennes ont été beaucoup plus étudiées. Bien mieux, certaines statistiques font ressortir la fréquence, un peu surprenante, avec laquelle on les rencontre. MANCHYCK, cité par Irwin MOORE (1), trouve 38 fois du cartilage sur 100 amygdales examinées.

(1) Moore (Irwin) : *The Journ. Of Laryng. a. Otology*, mars-avril 1924.

Les pourcentages de M. REDER (2) sont à peu près identiques : sur 1.000 tonsilles prélevées chez des sujets jeunes, dont l'âge varie de 3 à 25 ans, cet auteur trouve 200 fois cartilage et os ; après 25 ans, cette proportion s'élève à 50 %.

Comment peut-on interpréter de tels faits, qui s'avèrent ainsi beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense généralement ? La première idée qui peut venir à l'esprit, lorsque l'on constate au microscope des îlots cartilagineux et osseux au voisinage des fibres musculaires striées, arrachées avec l'amygdale, est qu'il s'agit de fragments de formations anatomiques voisines. Or, si ce fait est impossible normalement, il devient réalisable en cas d'anomalies — d'ailleurs fort rares — de la région tonsillaire. Irwin MOORE a ainsi pu constater, chez plusieurs sujets âgés de trente à cinquante ans, que le cartilage amygdalien provenait d'une apophyse styloïde anormalement développée, anormalement dirigée ou d'un ligament stylo-hyoïdien ossifié. Ces anomalies, parfois unilatérales, sont souvent bilatérales. J. HEINTZ (3) a fait des constatations analogues. La palpation bimanuelle, une bonne radiographie peuvent dans ces cas permettre de reconnaître la véritable origine extrinsèque de cet îlot osseux et cartilagineux ; on peut aussi déceler celle-ci au microscope parce qu'il s'agit, dit HEINTZ, « d'une forma-

(2) Reder (M.): « Tissu osseux et cartilagineux dans les amygdales ». (*The Laryngoscope*, t. XXV, ns E, et *New-York Academy of Med.*, 24 mars 1924).

(3) Heintz (J.): « Sur les inclusions de cartilage et d'os dans les amygdales palatines ». (*Zeitschrift f. Laryngologie*, t. XIX, 1930, pp. 160-177).

tion unique et nettement arrondie ». Une telle éventualité ne peut être envisagée à propos de notre cas. Elle se trouve vérifiée d'ailleurs surtout chez des sujets âgés.

Beaucoup plus souvent, comme l'ont vu la plupart des auteurs, les îlots cartilagineux sont disséminés dans l'amygdale. Ils sont d'origine intrinsèque.

L'amygdale se développant aux dépens de la deuxième poche branchiale, il est tout naturel de penser qu'ils représentent des formations aberrantes, des reliquats embryonnaires de cette poche branchiale. Bien des faits viennent à l'appui de cette manière de voir. Un certain nombre d'auteurs, comme Irwin MOORE, ont constaté, chez le fœtus, les particularités histologiques qui nous occupent; certains médecins, parmi lesquels LEICHER, HEINTZ, ont noté que la présence d'îlots osseux et cartilagineux avait un véritable caractère familial : on observe parfois cette anomalie chez tous les frères et sœurs d'une même famille. Enfin, d'autres anomalies histologiques possibles des amygdales viennent bien montrer que celles-ci peuvent bien être le siège de reliquats embryonnaires divers : WHARRY a montré que l'on rencontrait parfois, au milieu du tissu lymphoïde tonsillaire, des îlots acini glandulaires mixtes, véritables glandes salivaires aberrantes de l'amygdale : « Ainsi, dit Irwin MOORE, les îlots cartilagineux et osseux amygdaliens représenteraient de véritables petites tumeurs, chondromes et fibro-chondromes, développées aux dépens de reliquats de la deuxième poche branchiale. »

Mais à côté de cette origine fœtale, on peut bien invoquer, pour expliquer la présence du cartilage et de l'os dans les amygdales, le résultat d'une métaplasie conjonctive sous l'influence vraisemblable d'un processus inflammatoire. Or, précisément, la plupart des amygdales dans lesquelles ont été trouvés du cartilage et de l'os étaient atteintes d'inflammation chronique, et REDER, Irwin MOORE, HEINTZ LEICHER (1), insistent bien sur ce fait ; mais on ne peut, à priori tirer argument de cette constatation si l'on songe que les amygdales ne sont guère extirpées que si elles ont été le siège de lésions inflammatoires. Et pourtant les formations osseuses s'observent en plein tissu fibreux de cicatrisation, avec une systématisation souvent remarquable, et l'on trouve toutes les transitions histologiques entre le tissu conjonctif et le cartilage, entre le cartilage et l'os : on peut suivre, en somme, sur les coupes, l'histogénèse de ces deux formations.

Mais comment admettre, dans ces conditions, que l'amygdalite chronique n'évolue que dans certains cas vers la formation de cartilages et d'os, qu'il n'y ait pas toujours un rapport direct entre l'intensité du processus inflammatoire et la chondro-ostéogénèse, enfin que celle-ci soit presque toujours bilatérale ?

Pour expliquer ces faits un peu paradoxaux, certains auteurs ont supposé que certaines inflammations avaient le pouvoir électif de provoquer la métaplasie cartilagineuse et osseuse du tissu conjonctif

(1) Leicher : *Zeitschrift f. Laryngologie*, t. XIX, 1930, pp. 193-198.

amygdalien. LUBARSCH a constaté que celle-ci s'observe surtout chez des tuberculeux fibreux, âgés, pulmonaires ou laryngés, et pense que le bacille tuberculeux est l'agent habituel de cette métaplasie ; Tralontano GUERRITORE (1) n'est pas loin, après observation de quelques cas, de partager semblable opinion. D'autres auteurs ont invoqué le rôle de l'infection diphtérique.

Toutes ces données acquises, comment interpréter, dans notre cas, l'origine des îlots cartilagineux et osseux que nous avons observés ?

Il est certain que l'aspect même de ceux-ci, leur topographie autour des cryptes amygdaliennes enflammées, l'intensité du processus inflammatoire chronique des amygdales, les intermédiaires observés entre le tissu fibreux, le tissu cartilagineux et le tissu osseux, nous feraient surtout penser que nous nous trouvons en présence d'une métaplasie inflammatoire du tissu conjonctif, qu'il s'agit d'une véritable cicatrisation cartilagineuse et osseuse, d'une amygdalite chronique.

Mais tous les arguments que l'on peut trouver en faveur de l'une ou l'autre manière de voir : reliquat embryonnaire ou métaplasie ; l'étude des amygdales cartilagineuses n'apporte guère d'éclaircissements, dans la majorité des cas, sur le problème des tumeurs mixtes, et réciproquement. Mais si l'on adopte l'opi-

(1) Tralontano Guerritore : « Formations osseuses amygdaliennes chez les tuberculeux ». (*Atti Academia Fisiocrelli in Sienna*, n° 4, 1924).

nion que le cartilage amygdalien est l'effet d'une métaplasie d'origine inflammatoire, — ce que nous sommes tentés de faire, malgré tout, à propos de notre cas, — on peut se demander si cette métaplasie ne s'observe pas avec une particulière fréquence dans les amygdales, comme dans les régions profondes de la face, pour des raisons d'ordre embryologique, persistance embryonnaire de quelques éléments d'ordre bien difficile à préciser, figuré ou non, qui donne à un processus inflammatoire — ou tumoral — le potentiel capable de créer la métaplasie du tissu conjonctif.

(Travail du service du Docteur GRIVOT, à l'hôpital Saint Antoine, et du Laboratoire d'Anatomie pathologique de la Faculté : Professeur G ROUSSY).

7° Docteur ROSSERT. — (Société d'Oto-Rhino Laryngologie des Hôpitaux), (27 mai 1929).

Polype de l'amygdale,

Sensation de gêne laryngée depuis 29 mois.

Tumeur cylindrique, lisse, comparable à un petit appendice cæcal visible directement sur l'amygdale qui est normale.

Amygdalectomie totale, l'examen de la tumeur et de la base montre un polype banal inséré sur une amygdale normale.

IX. — CONCLUSIONS

1° Nous appelons tumeurs pendulaires de l'amygdale, des tumeurs appendues à l'amygdale par un long pédicule et qui ne font absolument pas corps avec celle-ci, pour les distinguer de l'amygdale pédiculée qui n'est qu'une des formes normale et banale de l'hypertrophie tonsillaire. Le caractère bénin de ces tumeurs ne fait pas de doute.

2° Les tumeurs pendulaires sont assez rares. Elles se rencontrent à l'âge adulte avant la quarantaine.

3° Leur structure est variable : les unes sont de structure fibreuse, kystique, etc... Nous n'envisageons que celles dont la structure est de type amygdalien plus ou moins modifié.

a) par la présence de tissu cartilagineux ou osseux ;

b) par la présence de tissu scléreux.

4° Elles n'évoluent jamais vers la malignité.

La cause de la formation pendulaire est encore sujette à discussion.

5° Leur ablation simple ne soulève aucun problème chirurgical.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
LOEPER.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

The Journal of Laryngology and Otology 1923.

1° Tonsillar Appendage an uncommon and its Relationship to cartilage formation in the tonsil.

A LOGAN TURNER and Thomas SPRUNT.

2° 1924. — Carl Vernon WELLER.

The incidence and histopathology of bone and cartilage in the tonsil.

3° 1922. — Herbert TILLEY (*Royal Society of Medecine*).

Tonsil rare bony tumour.

Comptes rendus de la Société Française d'O.R.L. (Congrès 1936).

Deux cas de polypes pédiculés de l'amygdale par le Dr E.-P. GRANET.

Société Laryngologique de Vienne. — Dr. HANSZEL.

1° Cas de tumeur pédiculée de l'amygdale.

2° 1923. — LUNCK.

Tumeur pédiculée de l'amygdale gauche d'aspect polypoïde.

3° MARSCHICK 1923.

Amygdale auto-opérée presque entièrement dans l'effort d'un vomissement.

EYRIES. — Les tumeurs bénignes de l'amygdale. *Thèse Paris* 1934.

M. GAUDINI. — Tumori benigni tonsillari con elementi cartilaginei. (*Boll. d. mal. d. orecchio d. gola d. naso*. May 1934)

H.-J. HARA. — Benign tumors of tonsils, with special reference to fibroma (*Arch. Otolaryng.* July 1933).

H. MARKOWICZ. — Pedunculated hyperplasia as cause of mistaken diagnosis (failure to recognize benign tumor).

J. RAMADIER, H. GUILLON, C. HEYRIES. — Un cas de gliome de la loge amygdalienne. (*Annales d'Oto-Laryng.* Juillet 1934)

V. TANTURRE. — Secondary tumors of tonsils (1932).

HOUSA DE L'AULNOIT. — Mémoire sur l'étranglement des amygdales. (Lille 1863).

T. KABASHIMA. Ang. 1937. — Large pendulous tonsil. *Echo Médical du Nord*. July 1937.

Localized hypertrophic inflammatory cryptoformation of papillomatous aspect, case. (COULOUA et DUTERNE).

H. BURGER. — *Acta Oto Laryng.* 1935.

Papillomatous hypertrophy.

L. LIVERIERO. — *Ann. di Laryng. Otol.* 1933. Benign tumors.

G.-B. NEW. — Tumors of tonsil and pharynx 354 cases. *Tr. am. laryng.* 1931.

Dr. ROSSERT. — (*Société d'Oto-Rhino-Laryngologie des Hôpitaux*) 27 mai 1927. Rapport. Polype de l'amygdale.

